

Wem nützt der Diskurs über eine Rationierung und Priorisierung von Gesundheitsleistungen?

Im Januar 2011 hat der Deutsche Ethikrat, ein von der Bundesregierung eingesetztes Beratungsgremium aus Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen und Vertretern gesellschaftlicher Gruppen eine Stellungnahme zu "Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – zur normativen Funktion ihrer Bewertung" abgegeben. Diese (einschließlich Sondervotum) 133 Seiten umfassende Stellungnahme soll hier weder vollständig referiert noch rezensiert werden. Die Ausführungen beschränken sich vielmehr auf den von diesem Gremium geforderten „offenen gesellschaftlichen Diskurs“ über *Rationierung* und *Priorisierung* gesundheitlicher Leistungen.

Der Deutsche Ethikrat steht mit dieser Position nicht allein. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft finanziert ein Projekt mit dem Titel „Priorisierung in der Medizin“ und die Präsidenten der Bundesärztekammer fordern in regelmäßigen Abständen eine „Ranglistenmedizin“. Letztere ist nach Meinung des neu gewählten Präsidenten Frank Ulrich Montgomery die einzige Möglichkeit, die begrenzten Mittel gerecht einzusetzen (taz, 30. 7. 2011, 4).

Grundlage der Forderungen nach Rationierung und Priorisierung ist die Behauptung, künftig sei es nicht mehr möglich, *alle* bisherigen Leistungen für *alle* gesetzlich Versicherten finanzieren zu können. Im ersten Schritt dieses Kommentars soll deswegen an Hand der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen geprüft werden, inwieweit diese Behauptung zutreffend ist. Im zweiten Schritt werden (kostenträchtige) Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen analysiert und Möglichkeiten ihrer Korrektur aufgezeigt. Im abschließenden Fazit wird versucht, die Frage nach dem Nutzen dieses Diskurses zusammenfassend zu beantworten.

1. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

In den einleitenden Kapiteln begründet der Ethikrat die Notwendigkeit einer Diskussion über Einschränkungen medizinischer Leistungen mit der von „zahlreichen Experten“ vertretenen These, „es sei auf die Dauer schlechterdings unausweichlich, in einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung Abstriche an dem vorzunehmen, was Patienten an notwendiger Versorgung angeboten werden kann“ (S. 16)¹. Ursachen seien der "demographisch-epidemiologische Wandel in modernen Gesellschaften" und die „Kostendynamik des medizinisch-technischen Fortschritts“ (S. 16). Aus Hochrechnungen lasse sich ableiten, „dass bei anhaltender

¹ Seitenzahlen ohne Angaben des Verfassers beziehen sich im Folgenden immer auf die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates.

demographischer Entwicklung [..] die Krankenversicherung der Bevölkerung auf gegenwärtigem Niveau im Jahr 2050 zu einer Erhöhung des Beitragssatzes in der GKV² bis 43 % der sozialversicherungspflichtigen Bruttoeinkommens führen würde" (S. 16 f.).

Eine „Verbreiterung der Finanzierungsbasis“ der GKV durch Einbeziehung weiterer Einkommen in die Beitragserhebung wird zwar ebenso für möglich gehalten wie die stärkere Nutzung von Einsparpotenzialen. Dies könne jedoch nur *vorübergehend* zu wirksamen Lösungen führen und vielleicht den Zeitpunkt hinausschieben, „zu dem die ‚schmerzhaften‘ Verteilungsentscheidungen erfolgen müssen; sie würden diese aber nicht auf Dauer verhindern“ (S. 18).

Als mögliche Maßnahmen zur Kostenbeschränkung werden im Folgenden unter anderem „Rationierung“ und „Priorisierung“ diskutiert. Unter „Rationierung“ werde im englischen Sprachraum seit den 1980er Jahren ohne negative Untertöne diskutiert, wenn es um „Zuteilungsregeln für knappe Ressourcen“ gehe. Im Gegensatz dazu werde in Deutschland darunter das negativ empfundene Vorenthalten medizinischer Leistungen“ (S. 21) verstanden.

Unter „Priorisierung“ wird die „systematisch begründete Bildung von Ranglisten – in der Krankenversorgung die Bildung von Ranglisten medizinischer Interventionen“ (S. 22 f.) verstanden. Dabei wird nach *horizontaler* und *vertikaler* Priorisierung unterschieden. Vertikale Priorisierung bezeichnet die Rangfolge von Interventionen bei einer bestimmten Erkrankung nach Kriterien der medizinischen Nützlichkeit. Problematischer ist die horizontale Priorisierung über unterschiedliche Krankheitsgruppen und Versorgungsziele hinweg (z. B. Bereitstellung von mehr Mitteln für die Versorgung von Herzkranken als von Tumorpatienten).

Sofern mit Rationierung und Priorisierung das Ziel verfolgt, Leistungsbegrenzungen zu begründen, werden diese Begriffe weitgehend synonym verwendet.

Mit seiner Stellungnahme möchte der Ethikrat eine „unbequeme Thematik offen diskutieren“ (S. 9), die von der Politik häufig gemieden werde.

Die vom Ethikrat als „unausweichlich“ bezeichnete Einschränkung medizinisch notwendiger Leistungen wird von namhaften Experten bestritten und zum Teil ins Reich der Mythologie verwiesen. Zwei neuere Publikationen führen dies sogar im Titel: "Mythen zur Gesundheitspolitik: auch gebildete Bürger irren" von Bernhard Braun und Gerd Marstedt³ und "Mythen der Gesundheitspolitik" von Hartmut Reiners⁴.

2 Gesetzliche Krankenversicherung

3 Gesundheitsmonitor 2/2010, Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung

Mythen sind nach Braun und Marstedt nicht einfach simple Fälschungen, „sondern inhaltlich einseitige Aussagen, welche gravierende praktische Folgen haben“ (2010, 2). Beide Publikationen weisen nach, dass diese Einseitigkeit zum „Mythos Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ geführt habe. Zwischen 2002 und 2008 hat sich der Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt zwischen 6,3 und 6,8% bewegt. Im Jahre 2009 ist er zwar vorübergehend auf 7,1 % gestiegen, dies war jedoch auf ein Schrumpfen des Bruttoinlandsproduktes wegen der Wirtschaftskrise zurückzuführen, nicht auf einen realen Anstieg der Gesundheitskosten. Ebenso verhält es sich mit den Gesamtausgaben für Gesundheit (GKV plus private Aufwendungen), die zwischen 10,3 und 10,5 % im o. g. Zeitraum geschwankt haben (Braun & Marstedt, 2010,2).

Zum Mythos „demographische Entwicklung“ stellen die beiden Autoren fest:

„So gibt es international wie national hoch evidente Hinweise, dass der Anteil der gesunden Jahre bei älter werdenden Menschen zunimmt, steigende Kosten im Alter nichts mit den Lebensjahren, sondern mit der häufigeren Nähe zum Tode zu tun haben. Ganz im Gegenteil sogar, das individuelle Risiko einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sinkt seit Jahren und die Versorgung älterer Menschen kostet in vielen Staaten ohne für sie erkennbare Nachteile weniger“ (2010,3). Auch wenn in Deutschland davon möglicherweise abweichend die Kosten tatsächlich steigen werden, müssen die Beitragssätze der GKV nicht auf die astronomische Höhe von 43% klettern. Die Schätzungen schwanken vielmehr zwischen 17 und 43 % (Reiners, 2011,63)⁵.

Ins Reich der Mythologie gehört auch, dass der medizinisch technische Fortschritt unbezahlbar werde. So sind Kostensteigerungen für Medikamente häufig auf „Scheininnovationen“ (geringfügig veränderte alte Medikamente ohne Zusatznutzen, die aber wegen neuer Patente teurer verkauft werden) zurückzuführen. Der Anteil der Innovationen im Jahre 2008, die einen tatsächlichen Nutzen erbringen, schwankt je nach Bewertungsschärfe zwischen 34 und 43 % (Braun & Marstedt, 2010,3).

Unerfindlich bleibt ebenso, warum der Ethikrat auch von einer Verbesserung auf der Einnahmenseite keine dauerhaften Effekte erwartet. Hier ist vorab festzuhalten, dass wegen des starken Rückgangs der Kinderzahlen auch eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge oder Steuern für eine angemessene Gesundheitsversorgung

4 In 2. Aufl. 2011 erschienen. Lange vor Erscheinen der Stellungnahme des Ethikrates hat der Verfasser diese Position in anderen Publikationen vertreten, u.a. in: Braun/Kühn/Reiners: Das Märchen von der Kostenexplosion: populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M., Fischer, 1998

5 Seriöse Prognosen sind über einen so langen Zeitraum ohnehin kaum möglich, weil weder die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung (Zuwanderung) noch z.B. kostensenkende Innovationen angemessen eingeschätzt werden können.

nicht zu höheren Belastungen für die Beitragszahler führen muss, weil auf der anderen Seite Kosten für Kinder und Jugendliche entfallen.

Unabhängig davon könnte die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung, durch die die bisherige Spaltung in GKV und PKV⁶ aufgehoben würde, zu einer ganz erheblichen Verbesserung auf der Einnahmenseite führen. Wenn Besserverdienende und Beamte in die GKV einbezogen werden und die Beitragsbemessungsgrenze an- oder aufgehoben wird, kann der Beitragssatz sogar erheblich abgesenkt werden. Ein im Auftrage der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen in Auftrag gegebenes Gutachten beziffert den prozentualen Effekt einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf -2,9 %, eine Einbeziehung weiterer Einkommen (Kapitaleinkünfte, Vermietungen, etc.) auf -1,8 % (Reiners, 2011, 159). Wenn nur ein Teil dieser möglichen Absenkungen für höhere Ausgaben verwendet würde, könnten damit mögliche Kostensteigerungen in den nächsten Jahrzehnten aufgefangen werden. Im Übrigen ist die „Knappheit“ in den Krankenkassen auch darauf zurückzuführen, dass Produktivitätsfortschritte in den letzten 25 Jahren einseitig als Gewinne auf der Kapitaleseite verbucht wurden und zusätzlich hohe Arbeitslosigkeit und Anstieg des Niedriglohnssektors die Beiträge gemindert haben. Eine Umkehr dieser Entwicklungen würde auch bei gleich bleibenden Prozentsätzen die absolute Höhe der Beiträge erheblich ansteigen lassen.

2. Vermeidbare Kosten durch Ökonomisierung und Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen

Die mit der neoliberalen Umstrukturierung der Wirtschaft verbundene einseitige Orientierung der Unternehmenspolitik am Gewinn der Anteilseigner (shareholder value), nicht an den Interessen der „stakeholder“ (Arbeitnehmer und Kunden) hat auch im Gesundheitswesen zu kostenträchtigen Veränderungen geführt. Das Ziel der Gewinnmaximierung manifestiert sich in einer **Schwerpunktverlagerung von der Medizin zur Ökonomie**. Hierzu wurde eine neue Bürokratie aufgebaut, die wesentliche Anteile der Arbeit des medizinischen Personals beansprucht und außerdem zum Ausbau von Stellen für Controller und anderen mit Ökonomie befassten Angestellten geführt hat. „Vor allem an größeren Krankenhäusern entstehen immer gigantischere Controllingabteilungen, welche den gesamten Datenfluss organisieren, überprüfen, evaluieren und ‚optimieren‘ und so die Ärzte administrativ auf Trab halten“ (Binswanger, 2010, 212).

In den USA ist der Anteil der Beschäftigten im Verwaltungsbereich des Gesundheitswesens von 18,2 % im Jahre 1969 auf 27,3 % im Jahre 1999 angestiegen (Woolhandler et al. 2003, zit. n. Binswanger, 2010, 212). Deutsche Ärzte verwenden durchschnittlich 3,2 Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben wie Dokumentationstätigkeit. Mit medizinischer Arbeit

⁶ Private Krankenversicherung

verbringen sie 4,3 Stunden, mit Patienten- und Angehörigengesprächen 1,4 Stunden (Klinke und Müller, 2008, zit. n. Binswanger, 2010, 213).

Zu den Kostensteigerungen haben auch die **Fallpauschalen für DRGs⁷** beigetragen und dabei das ursprüngliche Ziel einer Kostenreduzierung durch Induzierung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern konterkariert. Erfahrungen in den USA, wo dieses System schon in den 80iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts eingeführt wurde, haben nach Jackson (2005, 26, zit. n. Binswanger, 188) zu folgendem Ergebnis geführt:

„Das System führte zu einer deutlich kürzeren durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in den Spitälern. Aber die Gesamtkosten wurden dadurch nicht reduziert. Die außerhalb des Spitals entstehenden Behandlungskosten stiegen an und es kam zu höheren Wiedereintrittsraten von bereits entlassenen Patienten. Statt der Kosten sank die Qualität“.

Die hierzu benutzten Methoden sind vorzeitige Entlassung bei häufig folgender Wiederaufnahme mit leicht veränderter Diagnose und Verlagerung von Problemen auf andere Einrichtungen. Am Beispiel älterer Patienten mit der Diagnose „Lungenentzündung“ wurde dies von Metersky et al. 2000, zit. n. Binswanger, 2010, 188 f.) untersucht. „Von 1992 bis 1997 sank die durchschnittliche Verweildauer im Spital von 11,9 auf 7,7 Tage und die durchschnittlichen stationären Kosten verringerten sich von 9228 Dollar auf 6897 Dollar. Gleichzeitig starben auch weniger Patienten im Spital und die krankenhauserne Mortalitätsrate sank von 14,1 auf 12 Prozent. Für die Spitäler also eine großartige Entwicklung. Schaut man hingegen die Auswirkungen außerhalb der Krankenhäuser an, dann zeigt sich ein anderes Bild. Der Anteil der Patienten, der 30 Tage nach Entlassung außerhalb des Spitals verstarb, stieg von 6,9 auf 9,3 Prozent. Die Wiederaufnahmen aufgrund von Rückfällen erhöhten sich von 3 auf 3,7 Prozent und die Verlegungen in Pflegeeinrichtungen stiegen von 30,3 auf 43,1 Prozent. Kosten und Todesfälle wurden erfolgreich ‚outgesourct‘, was die Gesamtbilanz von Kosten und Qualität bei der Behandlung von Lungenentzündungen keineswegs verbesserte“.

Fehlsteuerungen und Fehlanreize gibt es auch deswegen, weil der Wettbewerb **Marketing** fördert. So entstehen im Gesundheitsbereich Werbungskosten durch den Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte, die sich Beitragszahler mit besonders günstigen Risiken abjagen und z.B. durch Wellnessangebote neue Mitglieder werben. All diese Werbemaßnahmen führen zu einer Erhöhung der „overheads“, d.h. der Kosten, die nicht bei den Patienten ankommen. Diese „overheads“ sind in den USA sechsmal so hoch wie im staatlichen Versorgungssystem in Kanada. Sie werden in den USA auf mehr als ein Drittel der Gesamteinnahmen geschätzt (Reiners, 2006, 15).

⁷ Diagnosis Related Groups (DRG, Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein Klassifikationssystem, mit welchem Patienten bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus diagnostiziert werden.

Wettbewerb fördert darüber hinaus die **Bildung von Kartellen und Korruption**. Bekannteste Beispiele im Gesundheitsbereich sind die Bestechung von Ärzten für die Verschreibung bestimmter Medikamente mit der Bezahlung für wissenschaftlich wertlose „Anwendungsbeobachtungen“, der Einkauf von Selbsthilfegruppen durch die Pharmaindustrie und die Zahlung von Prämien an niedergelassene Ärzte für die Einweisung von Patienten durch die Krankenhäuser (vergl. dazu u.a. Grill, 2007).

Auf der Ausgabenseite lenkt der Diskurs über Rationierung und Priorisierung auch von überhöhten Profiten der Pharmaindustrie, unnötiger Diagnostik und Therapie sowie falscher Ausrichtung der Forschungspolitik ab. In einer kürzlich erschienenen Publikation: „Better Doctors., Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020“ stellen die Herausgeber Gigerenzer und Gray⁸ im ersten (in deutscher Übersetzung vorliegenden) Kapitel fest, dass weder Steuererhöhungen noch Rationierung von Gesundheitsleistungen nötig seien. Ihre dritte Option lautet: „Aufklärung kann bessere Gesundheitsversorgung für weniger Geld ermöglichen“ (2011,1). Hohe Kosten führen Sie auf folgende „Sünden“ im Gesundheitssystem zurück:

Profitorientierte Forschungsfinanzierung: Da Medikamentenhersteller nur nachweisen müssen, dass ein Medikament besser als ein Placebo ist, nicht aber besser als ein schon vorhandenes Medikament, fließt ein hoher Anteil an Forschungsgeldern in die Entwicklung von „Scheininnovationen“. Diese Strategie ist für die Pharmaindustrie ökonomisch sinnvoll, weil mit den neuen Erzeugnissen wieder ein Patentschutz entsteht, der es erlaubt, hohe Profite einzufahren. Investitionen in echte Innovationen sind dagegen sehr viel riskanter, weil hier die Gefahr des Scheiterns wesentlich höher ist als bei einer geringfügigen Veränderung bewährter Medikamente..

Irreführende Berichterstattung in medizinischen Fachzeitschriften, in Patientenbroschüren und in den Medien

Besonders gravierend ist hier das Verschweigen solcher Studienergebnisse, die zu einer negativen Bewertung der Behandlung führen. Hier fordert auch der Ethikrat eine vollständige Offenlegung aller Daten.

Ein beliebter Trick zur Irreführung ist zudem, die Vorteile einer Behandlung in hohen Zahlen, die Nachteile in niedrigen Zahlen anzugeben, indem der Bezugsrahmen verändert wird. „Angenommen, eine Behandlung verringert die Wahrscheinlichkeit, die Krankheit A zu bekommen von 10 auf 5 von je 1000 Personen, erhöht jedoch das Risiko für die Krankheit B von 5 auf 10 von je 1000. Der Zeitschriftenartikel schildert den Vorteil als eine Risikoreduktion von 50 % und den Nachteil als eine Erhöhung von 5 pro 1000, d.h. 0,5 %“ (Gigerenzer & Gray, 2011,12).

⁸ Diese Publikation ist zwar erst nach Vorlage der Stellungnahme des Ethikrates erschienen, ihre wesentlichen Ergebnisse waren aber schon durch andere Veröffentlichungen dieser und anderer Verfasser bekannt.

Interessenkonflikte entstehen, wenn z. B. eine Klinik nicht gleichzeitig die Patientenversorgung und die eigenen Einkünfte verbessern kann. „Wenn eine Klinik bessere Qualität bietet, indem Sie unnötige und potenziell schädliche Behandlungen reduziert, senkt sie die Kosten, aber ihre Einkünfte womöglich noch mehr“ (Gigerenzer & Gray, 2011,18). Notwendige Leistungen werden dagegen dann nicht erbracht, wenn sie keinen Profit versprechen. Die Verfasser schildern hier das Beispiel zentraler Venenkatheter, die auf den Intensivstationen amerikanischer Kliniken schätzungsweise 80.000 Infektionen im Jahr hervorrufen, die in die Blutbahn gelangen und bis zu 28.000 Todesfälle zur Folge haben. Die Kosten für die Behandlung dieser Infektionen werden auf 2,3 Milliarden US-Dollar jährlich geschätzt. Wenn die Ärzte eine einfache Checkliste mit fünf Punkten (einschließlich Händewaschen und Reinigen der Haut mit Chlorhexidin beachten würden, könnten diese Infektionen fast auf null gesenkt werden, wie ein Versuch in 100 Intensivstationen in Michigan ergeben hat. Diese Checkliste wird so selten genutzt, weil ihre Beachtung keinen Profit einbringt. „Aber der entscheidende Grund dafür, dass die Entwicklung und Einführung von Checklisten kaum finanziell gefördert wird, ist offenbar ganz einfach: Die Listen sind billig, und ihre Patentierung verspricht keinen hohen Profit“ (Gigerenzer & Gray, 2011,8).

Defensive Medizin bezeichnet die Praxis, Diagnostik und Behandlungen zu verordnen, die unnötig sind, aber die Ärzte vor möglichen Regressansprüchen ihrer Patienten schützen, mit welchen sie vor Gericht häufig erfolgreich sind. „Würden Klagen auf Entschädigung nicht mehr nach dem, was üblich ist, sondern evidenzbasiert entschieden, wäre damit ein Auslöser geschaffen, der bewirken würde, dass weniger defensive Medizin betrieben wird“ (Gigerenzer & Gray, 2011, 22).

Als letzten Punkt, der zu überflüssigen Behandlungen führen kann, kritisieren die Autoren das „**statistische Analphabetentum von Ärzten**“, das dazu führt, dass die oben angeführten irreführenden Informationen nicht richtig eingeordnet werden können. Hier sind die medizinischen Fakultäten gefordert, Fortbildungsprogramme für Statistik aufzulegen, die diese – kostentreibenden – Mängel kompensieren können. Auch Fortbildungsartikel und andere Publikationen, die das Deutsche Ärzteblatt und die Cochrane Collaboration regelmäßig veröffentlichen, können einen wesentlichen Beitrag zur Lösung dieses Problems liefern.

3.. Fazit

Wenn in der Sache („ Mythen“) keine Notwendigkeit zur Diskussion über Rationierung und Priorisierung von Gesundheitsleistungen besteht, stellt sich die Frage: „wem nützt dieser Diskurs?“. Sie ist nicht schwer zu beantworten: wenn Bemühungen zur Verbesserung der Einnahmen der GKV und Kostensenkungen durch Verbesserung der Effizienz medizinischer Dienstleistungen von vorneherein für

unzureichend erklärt werden, profitieren davon diejenigen, die am Status quo festhalten wollen.

Eine Erhöhung der Einnahmen der GKV könnte durch Wegfall der bisher geltenden Ausnahmeregelungen für Besserverdienende im Rahmen einer solidarischen Bürgerversicherung und durch stärkere Beteiligung der Arbeitnehmer an den Produktivitätszuwächsen der Wirtschaft erzielt werden. Lohnerhöhungen, Einführung eines Mindestlohns und Reduzierung der Arbeitslosigkeit würden hierzu ebenfalls beitragen. Ein Ablenken von diesen Zielen entlastet Besserverdienende und Kapitaleseite.

Ein Diskurs über Rationierung und Priorisierung von medizinischen Leistungen ist nur notwendig, wenn die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmenseite und die zahlreichen hier zusammengefassten Vorschläge zu Einsparungen auf der Ausgabenseite ausgeschöpft sind. Davon ist das deutsche Gesundheitswesen noch weit entfernt. Nach Auffassung der hier zitierten Autoren wird diese Notwendigkeit auch in fernerer Zukunft höchstwahrscheinlich nicht eintreten. Ein Rationierungs- und Priorisierungsdiskurs zum jetzigen Zeitpunkt lenkt von den Bemühungen zur Umsetzung der oben genannten Maßnahmen ab.

Von der Beibehaltung des Status quo profitieren aber nicht nur Besserverdienende, die keine solidarischen Beitragsleistungen erbringen müssen und die Anbieter überflüssiger oder überteuerter medizinischer Leistungen, sondern auch **private Zusatzversicherungen**, die im Falle einer Rationierung und Priorisierung die dann ausgeschlossenen Leistungen als Zusatzversicherung anbieten könnten. Da ärmere Menschen sich eine solche Zusatzversicherung nicht leisten können, würde die Spaltung der Gesellschaft in Arme und Reiche weiter verschärft.

4. Literatur

Binswanger, Mathias: Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Freiburg, Herder, 2010

Braun, Bernhard & Gerd Marstedt: Mythen zu Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren. Gesundheitsmonitor 2/2010, Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung

Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme. Berlin, 2011

Gigerenzer, Gerd & J.A. Muir Gray: Aufbruch ins Jahrhundert des Patienten. In: dies. (Ed.): Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Health Care 2020. Cambridge, MIT Press, 2011

Grill, Markus: Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert. Reinbek, Rowohlt, 2007

Reiners, Hartmut: Der homo oeconomicus im Gesundheitswesen. Berlin 2006, WZB
Veröffentlichungsreihe

Reiners, Hartmut: Mythen der Gesundheitspolitik. Bern, Hans Huber, 2. Aufl. 2011

taz. die tageszeitung: Ärztekammerpräsident – Auch Montgomery für
Ranglistenmedizin. 30. 7. 2011, S. 4